

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 décembre 1889, à 1 heure

Par LOUIS MORLAT,

Né à Préveranges (Cher), le 27 mars 1862,

Ancien externe des hôpitaux,

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DU PHLEGMON DIFFUS

(MÉTHODE DE DOBSON)

Président : M. LE FORT, professeur.

Juges : MM. { DIEULAFOY, professeur.
SCHWARTZ et GILBERT, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DAMASCHINO.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		GUYON.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		DUPLAY.
Thérapeutique et matière médicale.....		REGNAULD.
Hygiène.....		HAYEM.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RICHET.
Clinique chirurgicale.....		VERNEUIL.
		TRELAT.
		LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (Albert).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TROISIÈRE.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	MARIE.	RETPRER.	WEISS.
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON LE FORT,

Professeur de Clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

En voyant les résultats remarquables que donnait à M. le professeur Le Fort la méthode de Dobson dans le traitement du phlegmon diffus, nous nous sommes demandé pourquoi cette méthode en particulier et tant d'autres traitements abortifs étaient ainsi délaissés et presque tombés dans l'oubli. Nous avons alors songé à entreprendre quelques recherches de ce côté, et à faire de cette étude le sujet de notre thèse inaugurale. La question des traitements abortifs du phlegmon diffus paraît jugée depuis longtemps, et il est peut-être téméraire d'entreprendre la réhabilitation même de l'un d'eux ; mais nos juges nous tiendront certainement compte de la bonne volonté que nous y apportons, et nous nous estimerons trop heureux si les efforts que nous avons faits dans ce but, réussissent seulement à attirer l'attention de quelques praticiens.

Une division toute naturelle nous semble s'imposer. Dans un premier chapitre, nous ferons une courte étude générale du phlegmon diffus. Un second chapitre renfermera l'exposé des divers traitements : nous nous efforcerons de faire ressortir brièvement les avantages et les inconvénient de chacun d'eux.

La méthode de Dobson sera exposée dans un paragraphe spécial qui formera notre troisième chapitre. Enfin, nous apporterons nos quelques observations et nous concluons.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis d'adresser ici nos remerciements à M. le professeur Le Fort, dont les conseils nous ont été précieux pour mener à bonne fin notre travail, et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux de témoigner toute notre reconnaissance à notre savant maître M. le professeur Peter, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant le cours de nos études.

Que nos autres maîtres dans les hôpitaux : M. le professeur Duplay, MM. les docteurs G. Ballet, Brun, Félizet veuillent bien agréer nos remerciements.

Nous ne saurions oublier l'intérêt que M. le docteur Bouilly nous a toujours porté : nous l'en remercions vivement.

Merci, enfin, à M. le docteur Beurnier, qui s'est si généreusement mis à notre disposition pour nous aider dans notre tâche.

CHAPITRE PREMIER

DU PHLEGMON DIFFUS

Nous définirons, avec M. Kirmisson, le phlegmon diffus : une inflammation septique du tissu cellulaire avec tendance à la diffusion et à la mortification des tissus.

Nous n'avons pas la prétention de donner ici une description complète du phlegmon diffus ; d'autres plus autorisés l'ont déjà fait. Quoi qu'il en soit, il ne nous paraît pas inutile de donner un aperçu rapide de la question et de passer brièvement en revue l'historique, la symptomatologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic et le pronostic de cette affection.

Historique. — Ce n'est guère que vers la fin du siècle dernier, et surtout au commencement du nôtre, qu'on assigna au phlegmon diffus une place dans le cadre nosologique.

On cite bien, comme observations de cette maladie, deux récits d'A. Paré : l'un relatif au gonflement du bras de Charles IX après une saignée, l'autre égale-

ment consécutif à une saignée pratiquée chez une demoiselle Courtin et suivie de gangrène et de mort. Mais on a diversement interprété ces faits, et Chassaignac, en particulier, écarte complètement toute hypothèse de phlegmons diffus.

Il en est de même des deux cas de Fabrice de Hilden.

L'observation de Dionis (*Cours d'opérations*, 7^e édit., p. 680) n'est guère plus concluante. Du reste, le peu de détails donnés par ces auteurs ne permettent pas de se prononcer aussi catégoriquement que l'a fait Chassaignac et rendent l'interprétation difficile.

A la fin du XVIII^e siècle, on en trouve un assez grand nombre d'observations non douteuses ; mais la description n'est toujours pas nette, et les idées en cours sont entachées de nombreuses erreurs. C'est ainsi que Lehérissé rattachait le phlegmon diffus à une inflammation des veines, et Albernethy à une inflammation des vaisseaux lymphatiques. Telle était encore l'opinion de Travers et de Ch. Bell.

C'est seulement au commencement de ce siècle que parurent les premiers travaux sérieux à ce sujet. Colles, à Dublin, et Hutchinson, à Londres, firent faire un grand pas à la question. C'est à ce dernier que revient la gloire d'avoir mis en honneur les larges débridements comme traitement du phlegmon diffus.

En 1824, Duncan jeune donnait son remarquable travail : *Cases of diffuse inflammation of cellular texture*.

Quelques années plus tard, parut le travail de Dobson, dans lequel il expose sa méthode. En même temps, Lawrence se faisait le continuateur d'Hutchinson, et Maclachlan publiait de nombreuses observations de phlegmons érysipélateux.

En France, on s'était encore peu occupé de la question, lorsqu'en 1815 Patissier fit une bonne thèse sur ce sujet.

Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, confond certaines gangrènes accompagnées d'inflammation avec les formes graves d'érysipèle.

Béclard créa le mot de phlegmon diffus, dénomination qui a prévalu ; il éclaira la question d'un nouveau jour en donnant une bonne description de la maladie et préconisa un mode de traitement dont nous aurons à parler tout à l'heure.

L'excellente thèse de Fournier, qui parut en 1827, n'est d'ailleurs que l'exposé des idées de Béclard, dont il était l'élève.

Dupuytren, dans ses cliniques, s'occupait fréquemment du phlegmon diffus, et la description qu'il en donne dans ses leçons orales, n'est que la reproduction exacte de la thèse de Fournier.

Depuis cette époque, de nombreux travaux ont été faits sur ce sujet, tant pour préconiser des traitements particuliers, que pour décrire la maladie. Citons le remarquable mémoire de Godin (*Archives gén. de Méd.*, 2^e série, tome XV, p. 397) ; l'article de Bérard, dans le *Dictionnaire de Médecine en 30 volumes* ; la thèse de Hacque, en 1854 ; le mémoire de

Chassaignac, en 1856, et son *Traité de la suppuration*, en 1859 ; et, plus récemment, l'excellente thèse de Bouriau (1877), l'article de M. Le Dentu (*Nouveau Dict. de Méd. et de Chir.*) et celui de M. Kirmisson (*Dict. encycl. des Sc. médic.*).

Symptomatologie. — Comme tous les auteurs classiques, nous réunirons, sous les noms de phlegmon *sus-aponévrotique* et *sous-aponévrotique*, les quatre variétés décrites par Chassaignac : phlegmon *panniculaire* et *en nappe purulente, profond* et *total*.

Dans chacune de ces deux variétés, les troubles sont locaux et généraux. Tantôt, les phénomènes généraux ouvrent la scène, tantôt les symptômes locaux marquent le début de l'affection, et c'est là le cas le plus fréquent.

A la première période, dite *inflammatoire*, du phlegmon *sus-aponévrotique*, une douleur plus ou moins vive est ressentie au niveau du point où va se déclarer le phlegmon. En même temps, ou à peu près, apparaît une rougeur particulière, irrégulière, disposée par plaques plus ou moins foncées et se confondant insensiblement avec la teinte normale des téguments sains.

Le gonflement est quelquefois assez considérable ; la sensation fournie par cette tuméfaction est toute particulière. Duncan la comparait à celle que fournit une surface ferme, douce et unie, recouvrant une partie spongieuse pleine de liquide. « La peau est « tendue, dit Bécлар, mais souple à un degré plus

« ou moins marqué. Pressée par le doigt, elle ne se creuse pas en godet, mais elle donne une sensation intermédiaire à la dureté du phlegmon, à la mollesse de l'œdème et à l'élasticité de l'emphysème. » Là température locale est très élevée; la douleur devient bientôt extrêmement vive : elle est gravative ou pongitive ; le moindre mouvement, le frôlement d'un drap suffit pour arracher au malade des cris de douleur. Parfois, se forment des phlyctènes, remplies de sérosité limpide ou sanguinolente, qui ne tardent pas à se rompre, mettant à nu des plaques de gangrène plus ou moins étendues : La période de mortification va commencer.

Les phénomènes généraux marchent avec les symptômes locaux : la fièvre est intense et la température atteint facilement 40 et 41°, la soif est vive et l'anorexie à peu près complète; la langue, sèche, brunâtre et cornée se couvre de fuliginosités, de même que les gencives et les joues. La dépression et l'abattement ne tardent pas à devenir considérables, les facultés intellectuelles s'émoussent, l'insomnie est complète et le délire éclate chez les alcooliques et les nerveux.

Tous ces symptômes vont s'aggravant pour atteindre leur maximum d'intensité à la seconde période de la maladie, dite de *suppuration*. Ils paraissent alors s'amender brusquement : la douleur s'atténue, le gonflement diminue et on pourrait croire à une résolution. Ce sont là des phénomènes trompeurs auxquels il faut se garder de se laisser prendre ; c'est

la période de mortification qui commence. Le pus se fluidifie et la palpation dénote une fluctuation manifeste.

Enfin, arrive la période *d'élimination* : le mal progresse toujours, la peau s'amincit et s'ulcère par place, les eschares tombent et ainsi se trouvent constituées de petites ouvertures multiples encore séparées les unes des autres par des portions de peau qui paraît à peu près saine. Ces pertuis donnent issue à un pus mélangé de tissu cellulaire nécrosé, de tendons et d'aponévroses mortifiés. Le travail de mortification continue, les téguments sont détruits sur presque toute l'étendue du phlegmon.

Deux terminaisons peuvent alors avoir lieu : ou bien les symptômes s'améliorent assez rapidement, le foyer se déterge, les bourgeons charnus combleront la perte de substance et la guérison a lieu ; la partie atteinte n'en reste pas moins atrophiée et les fonctions du membre se rétablissent difficilement ou restent abolies. Ou bien, si malheureusement le sujet est faible, s'il ne peut suffire aux frais d'une suppuration abondante, l'affaiblissement s'accroît de jour en jour et la mort emporte le malade, si l'infection purulente ou quelque hémorrhagie par destruction ulcéralive des artères n'a pas amené déjà une terminaison fatale.

La symptomatologie du phlegmon diffus profond est un peu différente ; quelques-uns des phénomènes sont exagérés ; d'autres, au contraire, sont atténués. Ainsi la douleur devient atroce, le gonflement, beau-

coup plus considérable, peut doubler ou tripler le volume d'un membre, les symptômes généraux atteignent une intensité surprenante. Au contraire, la rougeur et la chaleur locale peuvent faire complètement défaut jusqu'à ce que la collection purulente, traversant les aponévroses et marchant vers l'extérieur, arrive au niveau de la peau. On observe alors les symptômes que nous venons de décrire pour le phlegmon superficiel. Abandonné à lui-même, le phlegmon diffus profond a presque toujours une terminaison fatale, car il est, le plus souvent, l'indice d'une altération profonde de l'économie tout entière.

Anatomie pathologique. — Les lésions du phlegmon diffus sont différentes suivant la période à laquelle il en est arrivé. Au début, la vascularité du tissu cellulaire est augmentée, les vaisseaux sont gorgés de sang. L'exsudat séro-fibrineux se produit très rapidement; le tissu conjonctif en est infiltré, ses mailles distendues; il augmente considérablement d'épaisseur, prend une coloration ambrée, opaline, et une consistance qui rappelle la pulpe d'orange.

Après quelques jours, ce tissu cellulaire se mortifie, devient verdâtre; un pus épais et concret se forme. S'il s'agit d'un phlegmon superficiel, l'aponévrose est respectée et conserve sa coloration normale; si, au contraire, l'inflammation porte sur les couches profondes, l'aponévrose perd sa couleur nacrée pour devenir jaunâtre ou verdâtre. C'est à cette période qu'on peut voir, mélangés au pus, des

lambeaux de tissu cellulaire mortifié, que l'on a comparé à de l'étaupe, à des échevaux de fil détrempés, à de la peau de chamois mouillée, etc.

Enfin, à une période plus avancée, la quantité de pus est devenue plus considérable, comprime les vaisseaux du tissu conjonctif, soulève les téguments, les prive de leurs éléments nutritifs en rompant ou comprimant nerfs et vaisseaux ; le sphacèle survient, des eschares se forment, qui, en tombant, laissent s'écouler la matière purulente et les lambeaux de tissu nécrosé.

En même temps se produisent des dégagements de gaz putrides, de larges décollements qui forment des clapiers où fument le pus et les détritits, jusqu'à ce que les téguments s'ulcèrent plus largement pour laisser à nu le mal, dans presque toute son étendue.

« L'examen histologique du tissu conjonctif gangrené offre à considérer une masse fibrillaire dans laquelle il est difficile de distinguer nettement les faisceaux. Au milieu des fibrilles dissociées, on rencontre des globules de pus, des granulations albuminoïdes, pigmentaires, jaunes ou noirâtres, des granulations graisseuses et des gouttelettes de graisse. » (Cornil et Ranvier.)

Chassaignac a décrit comme deux affections absolument distinctes l'œdème érysipélateux et le phlegmon diffus. Il suffit de bien considérer les symptômes, la marche et les lésions de chacun d'eux, pour se convaincre facilement qu'au point de vue anatomopathologique aussi bien qu'au point de vue clinique,

il est le plus souvent impossible d'établir une telle différence. Le phlegmon érysipélateux, comme on le nomme aujourd'hui, et le phlegmon diffus franc se ressemblent tellement, à ce double point de vue, qu'on en arrive à conclure que ce sont là deux variétés cliniques d'une seule et même affection. Tous les symptômes de l'un se rencontrent ou peuvent se rencontrer chez l'autre. La principale différence consiste en ce que l'un suppure rarement, tandis que l'autre a une grande tendance à la suppuration.

« Dans le phlegmon diffus érysipélateux, dit M. Le Dentu, l'exsudat est beaucoup plus séreux que
« fibrineux, tandis que, dans le phlegmon diffus vrai,
« qui tend presque fatalement à la gangrène, l'exsu-
« dat est beaucoup plus fibrineux que séreux.....;
« mais il me semble qu'il y a trop de similitude dans
« l'ensemble de la marche clinique des deux affec-
« tions, pour les considérer comme séparables au
« point de vue nosologique. »

Étiologie et Pathogénie. — Le phlegmon diffus peut se développer sur toutes les parties du corps, mais on l'observe beaucoup plus fréquemment aux membres que partout ailleurs, et cela, parce qu'ils sont plus exposés aux violences extérieures. L'homme adulte y est plus sujet que la femme et l'enfant, en raison des traumatismes auxquels l'exposent ses occupations.

Ses causes sont locales et générales : les causes locales sont des causes purement occasionnelles ; les

causes générales ne sont guère que des causes prédisposantes. Les premières sont excessivement variées ; les plaies des extrémités, si riches en vaisseaux lymphatiques, donnent naissance à une lymphangite, laquelle ne tarde pas à engendrer une inflammation du tissu cellulaire. De même, les excoriations du derme produites par les mécanismes les plus différents : chaussures étroites, frottements violents, etc., les brûlures, les piquûres anatomiques, la saignée et particulièrement toutes les plaies qui intéressent les gaines synoviales et les séreuses, sont autant de causes du phlegmon diffus. L'injection de liquides irritants, comme la teinture d'iode dans le traitement de l'hydrocèle, l'épanchement de certains liquides organiques à la suite, par exemple, de la rupture de la vésicule biliaire ou de la vessie, déterminent encore fréquemment l'inflammation du tissu conjonctif.

Mais toutes ces causes seraient le plus souvent incapables par elles-mêmes d'engendrer un phlegmon diffus, s'il n'intervenait un nouvel élément : nous voulons parler des micro-organismes septiques, dont le microscope nous dévoile la présence. Ce sont les plaies irrégulières et irritées par des mouvements continus ou des pansements malpropres qui deviennent la source d'inoculations septiques. Si ces mêmes plaies sont protégées par un bon pansement antiseptique, les micro-organismes ne peuvent s'y développer, et elles guérissent généralement sans accidents. La chirurgie moderne, grâce à l'antisepsie, revient sans crainte à des opérations longtemps

considérées comme dangereuses, telles que la ligature des veines dans le traitement des varices et varicocèles, l'ouverture des séreuses et des synoviales; les fractures compliquées guérissent presque sans suppuration.

La nature infectieuse du phlegmon diffus rend compte de certains faits restés inexplicables auparavant, tels que celui que rapporte Maclachlan, d'un individu qui, après avoir gagné un phlegmon près d'un malade qu'il soignait, le transmet à son tour à celui qui lui donnait ses soins. Tous les trois moururent, et le fossoyeur chargé de l'enterrement du dernier, et qui avait une excoriation au poignet, fut aussi atteint de phlegmon diffus et mourut également.

Il faut accorder une grande influence aux causes générales prédisposantes. M. le professeur Verneuil a bien montré que cette affection frappait particulièrement les alcooliques, les diabétiques, les albuminuriques, ceux qui présentent quelque trouble organique important et sont atteints d'affections du cœur, du foie, du rein, etc., enfin les personnes affaiblies par une maladie débilitante quelconque.

Diagnostic.— On ne confondra pas le phlegmon diffus, qui tend constamment à s'étendre, avec le phlegmon circonscrit, dont les limites sont précises; il faut aussi le distinguer du phlegmon *par diffusion* qui n'est autre chose qu'un phlegmon circonscrit non ouvert, dépassant les limites de l'inflammation primitive et se répandant dans les tissus voisins.

L'érysipèle œdémateux se distingue par le bourrelet marginal saillant au-dessus des parties saines; l'engorgement ganglionnaire fait rarement défaut, la peau seule est atteinte et non le tissu cellulaire, la douleur et la chaleur sont moindres que dans le phlegmon diffus, les symptômes généraux moins accusés.

L'érysipèle bronzé peut être pris par un phlegmon diffus à marche rapide, où le sphacèle se développe promptement, comme chez certains diabétiques. On se rappellera que, dans l'érysipèle bronzé, la coloration de la peau est différente, les gaz putrides se développent rapidement et donnent naissance à un emphysème assez considérable, révélé par la sonorité tympanique à la percussion. Enfin, les phénomènes généraux sont plus graves et la marche des accidents plus rapide que dans le phlegmon diffus.

La lymphangite se reconnaîtra facilement aux traînées rouges qui suivent le trajet des lymphatiques.

Dans la phlegmatia alba dolens, on constate un gonflement œdémateux; la peau est pâle, il n'y a pas de surélévation de la température locale, la douleur est continue et non pas pulsatile comme dans le phlegmon.

Des cordons durs, cylindroïdes, douloureux et mobiles, l'absence de gonflement, feront reconnaître la phlébite.

Ajoutons qu'il est très important de faire le diagnostic de la cause et de chercher à se rendre compte de l'état des principaux organes du malade.

Pronostic. — Le pronostic est généralement grave, et cette gravité varie suivant l'étendue du mal, son siège, l'âge et la constitution du malade. Abandonné à lui-même, il entraîne le plus souvent un dénoûment fatal; quand il est bien traité, la guérison est plus fréquente que la mort. Mais dans bien des cas où la maladie a eu une terminaison heureuse, les parties envahies par le phlegmon demeurent atrophiées, certains mouvements restent gênés ou perdus à tout jamais, des articulations peuvent même être frappées d'ankylose.

Il va sans dire que ce pronostic est encore assombri quand il s'agit des diathésiques dont nous avons parlé au paragraphe de l'étiologie. On avait prétendu que l'intervention chirurgicale ne pouvait qu'aggraver la situation de ces malades : la plupart des chirurgiens sont maintenant d'un avis contraire et n'hésitent pas à intervenir.

CHAPITRE II

TRAITEMENTS

1

Nombreuses sont les méthodes qui ont tour à tour été préconisées, tour à tour abandonnées, pour le traitement du phlegmon diffus. Le nombre et la variété même de ces moyens, indiquent suffisamment qu'aucun d'eux ne donne pleine et entière satisfaction. Nous allons brièvement les passer en revue.

Position élevée; Cataplasmes. — La position élevée est une bonne précaution à prendre, quand on le peut, quel que soit le genre de traitement adopté.

L'emploi du cataplasme n'a jamais, que nous sachions, donné à lui seul de résultats merveilleux. Tout au plus sert-il à adoucir la douleur, surtout lorsqu'il est imprégné d'un narcotique; il ne peut, en aucun cas, constituer un traitement à lui seul.

Sangsues et émissions sanguines. — Une vingtaine de sangsues appliquées sur le phlegmon

au début, ont, au contraire, fourni de nombreux succès : elles agissent à peu près comme les mouchetures de Dobson, dont nous parlerons plus loin, avec cette différence que la petite plaie faite par une sangsue est moins grande et moins profonde que la piqure faite avec une lancette ; aussi, l'effet produit est-il incomparablement moins bon.

Quant à la saignée générale, préconisée par Dupuytren, nous croyons qu'elle est plutôt capable d'affaiblir le malade et d'en retarder la guérison, à moins toutefois qu'on ait affaire à un sujet pléthorique.

Bains locaux. — Les bains antiseptiques prolongés rendent de très grands services ; mais si leur emploi est facile, lorsqu'il s'agit d'un membre malade, d'un bras particulièrement, il n'en est pas de même lorsque l'inflammation a son siège sur tout autre partie du corps. Néanmoins, il faut les employer chaque fois qu'on le peut, comme adjuvants, soit après les grandes incisions, soit après les mouchetures, comme nous le recommanderons bientôt. Quand le siège du mal ne permet pas d'y avoir recours, on les remplace par des pansements humides qui, eux aussi, peuvent être considérés comme des espèces de bains locaux. Le mieux encore serait de pouvoir user des deux, c'est-à-dire donner d'abord un bain local, puis faire un pansement. Mais, nous le répétons, ce sont là de simples adjuvants.

Résolutifs. — L'action de l'onguent mercuriel est bien modeste, et les résultats qu'il donne, des plus incertains. Il paraît calmer un peu la douleur; mais nous ne le croyons pas capable de modérer l'inflammation et d'arrêter les progrès de la maladie. Dans sa thèse, Serbe d'Uzès (Th. de Montpellier, 1834) l'a beaucoup vanté.

Froid; injections toniques. — Nous ne ferons que signaler en passant l'action du froid qui diminue seulement la douleur en enlevant du calorique aux parties enflammées, et l'action des injections toniques préconisées par Morand de Tours. (Thèse de Paris, 1836.)

Vésicatoires. — Les observations de phlegmons diffus traités et guéris par l'application de vésicatoires, sont aujourd'hui assez nombreuses pour prouver l'efficacité de ce traitement.

Duncan et Dupuytren furent les premiers à l'employer; mais Dupuytren l'abandonna bientôt, à la suite de deux cas de gangrène qu'il observa chez deux vieillards. Petit, de Lyon, en a obtenu une quarantaine de succès consignés dans la thèse de Patisier, et Rigaud, de Strasbourg, en dit le plus grand bien.

Les idées de Rigaud, à ce sujet, sont bien exposées dans la thèse d'un de ses élèves, le docteur Méder (Th. de Strasbourg, 1856), qui recommande « d'appliquer le vésicatoire le plus tôt que l'on pourra, et

« de tâcher d'empêcher de cette manière la formation du pus, au lieu d'attendre que le pus soit déjà formé, et d'essayer ensuite d'obtenir la résolution de la maladie sur certains points et de la circonscrire dans d'autres. »

Le vésicatoire doit toujours déborder la surface malade, rester appliqué de douze à seize heures, et si l'amélioration ainsi obtenue n'est pas jugée suffisante, on l'entretient pendant quelques jours, jusqu'à guérison complète. Méder rapporte dans sa thèse quatre cas suivis de succès, observés dans le service de Rigaud.

Malgré les beaux succès dont on est redevable à cette méthode, nous ne saurions trop appeler l'attention sur ses inconvénients qui, sont graves : d'abord, la gangrène que l'on observe trop souvent chez les vieillards et les enfants, ce qui fit porter sur elle un jugement sévère par Dupuytren, d'un autre côté, l'absorption considérable de cantharides peut entraîner de violents accidents inflammatoires du côté des voies urinaires.

Compression. — Ambroise Paré, le premier, essaya la compression : le fait est relaté tout au long dans l'observation si connue et si discutée du roi Charles IX.

Mais ce fut en 1795 seulement que ce moyen fut réellement mis en pratique et préconisé par un chirurgien allemand : Theden.

En 1815, Bretonneau, dans sa thèse inaugurale, se

fit le défenseur des idées de Theden, et, onze ans plus tard, une voix plus autorisée, Velpeau, vantait les bons effets de la compression, dans un mémoire publié en 1826 dans les *Archives générales de Médecine*. Malgré l'autorité de tels maîtres, leur exemple ne fut guère suivi et la question parut jugée.

Récemment, un élève de M. le professeur Panas, le docteur Paulin, s'est occupé de la question et l'a bien traitée dans sa thèse (Th. de Paris, 1878). Il préconise la compression élastique, comme il l'a vu faire par M. Panas. « Quand on entoure un membre avec trois
« ou quatre épaisseurs d'ouate, dit-il, il est à peine
« besoin de tenir compte de la forme des différentes
« parties. De plus, si malgré la compression, le gon-
« flement augmente encore pendant quelque temps,
« l'appareil ouaté se prête aux dimensions plus
« grandes de son contenu. Au contraire, si la réso-
« lution s'effectue partiellement, la ouate suit les par-
« ties molles dans leur retrait progressif. Dans ces
« deux circonstances diamétralement opposées, l'ap-
« pareil ne cesse d'être en rapport avec les téguments
« et de répondre aux indications. Ainsi, la ouate per-
« met d'exercer, non seulement une *compression*
» *uniforme*, mais encore une *compression perma-*
« *nente*. »

A la suite de l'application de la bande compressive, on note d'abord une légère exacerbation de la douleur, puis quelques fourmillements, et enfin, au bout d'une heure environ, douleur et fourmillements ont disparu pour faire place à une sensation de bien-être.

Ce traitement est surtout applicable au début du phlegmon diffus et, à la rigueur, lorsque la suppuration ne fait que commencer. Sous son influence, les phénomènes rétrocedent assez rapidement, ou, tout au moins, les progrès du mal sont le plus souvent arrêtés. Velpeau rapporte une vingtaine d'observations probantes; Paulin a trois cas de guérison recueillis dans le service de M. Panas.

Malheureusement, la compression n'est pas exempte de dangers : comme aux vésicatoires, on peut lui reprocher d'occasionner le gangrène. Si la bande compressive n'est pas appliquée méthodiquement, avec les plus grands soins et par une main expérimentée; si l'appareil n'est pas surveillé journellement, malgré l'interposition d'une épaisse couche de ouate, on peut voir les parties comprimées subitement envahies par la sphécèle. Velpeau s'est efforcé de faire ressortir ce danger : « Il faut, dit-il, que
« l'homme de l'art n'oublie jamais que c'est un ins-
« trument qu'il dépend de son habileté ou de son
« savoir de bien conduire; que cet instrument,
« applicable à tant de cas, peut devenir une arme
« excessivement dangereuse s'il ne sait pas s'en ser-
« vir; qu'il faut de l'habitude, une certaine dextérité
« et souvent de grandes précautions, pour pouvoir
« compter sur son efficacité; qu'il faut savoir le modi-
« fier suivant la forme des parties, l'intensité de la
« douleur, de l'inflammation, le degré de gonfle-
« ment, etc.; savoir varier à propos le degré de la
« constriction tantôt dans un point, tantôt dans l'au-

« tre; enfin, que la pression doit être régulière,
« égale et bien graduée. Entrer dans de plus longs
« détails à ce sujet serait chose inutile, parce que ce
« n'est pas avec des mots que l'on peut apprendre à
« placer convenablement un bandage : c'est en
« s'exerçant au lit des malades que l'on devient habile
« dans ce métier. » (Velpeau, *Arch. gén. de Méd.*,
t. XI, p. 439, 1826.)

Et puis ce traitement n'est pas applicable à tous les cas : il est des parties du corps qui échappent à la compression, d'autres, comme le cou, qui, en raison de leur disposition anatomique la rendraient excessivement dangereuse.

Toutefois, nous devons signaler les beaux résultats qu'ont donné, dans certains cas, la compression et les mouchetures employées simultanément. C'est une pratique conseillée par Paulin.

Nous rangeons encore dans ce paragraphe la compression faite avec une couche de collodion appliquée sur le phlegmon ; le procédé de Larrey, qui consistait à oindre le phlegmon avec de l'huile d'olive et à le saupoudrer ensuite de farine de froment ; enfin, le procédé de Laugier, qui recouvrait la partie malade de baudruche sur laquelle il versait une épaisse solution de gomme arabique. Ces moyens sont tout à fait insuffisants et ne peuvent que faire perdre un temps précieux.

Méthode de Béclard. — Au commencement du siècle, vers 1825, Béclard, s'inspirant du procédé

mis en pratique par un grand nombre de chirurgiens anglais, recommanda un nouveau traitement dans lequel les incisions, au lieu de comprendre toute la couche du tissu cellulaire enflammé, comme dans le procédé d'Hutchinson, n'intéressaient que la partie superficielle du derme. Elles devaient être longues et multiples. Bécлар n'a pas eu, que nous sachions, beaucoup d'imitateurs, et sa méthode est actuellement tout à fait délaissée. Nous ne pouvions certes pas condamner d'emblée un traitement que nous n'avons jamais vu employer; d'autre part, nous n'avons découvert aucune statistique, aucune observation de phlegmon diffus traité et guéri par ce procédé. Mais le traitement, en lui-même, ne nous paraît pas rationnel. Des incisions aussi légères ne peuvent, en effet, ni donner écoulement à la sérosité, ni même distendre les téguments qui étranglent le tissu cellulaire. Il est évident que les résultats cliniques sont au-dessus de toute discussion, et si des observations étaient apportées comme preuve de l'efficacité du traitement, il faudrait bien en tenir compte; mais, en l'absence de tout renseignement au point de vue des résultats obtenus, nous ne saurions le conseiller et nous nous gardons de l'expérimenter dans les cas sérieux.

Fer rouge. — « Un excellent moyen de se
« mettre à l'abri des hémorrhagies, dit M. Kirmisson,
« c'est de pratiquer les débridements à l'aide du
« thermo-cautère. On a, en même temps, l'avantage
« de pratiquer une révulsion énergique au sein des

« tissus malades, et de détruire le virus septique.
« Pour ces diverses raisons, les débridements à l'aide
« du fer rouge ou du thermo-cautère, nous semblent
« les premiers moyens à employer dans le traitement
« du phlegmon diffus. »

Malheureusement, les bords des plaies ainsi faites ont beaucoup plus de tendance à suppurer que les lèvres des plaies faites au bistouri ; la réunion n'est jamais aussi rapide et les cicatrices sont toujours plus irrégulières et plus visibles.

Quoi qu'il en soit, M. Labbé, qui le met en usage depuis longtemps, recommande particulièrement ce procédé, dont il a obtenu les meilleurs résultats, comme tant d'autres chirurgiens.

Trudeau (Th. de Paris, 1878) rapporte six cas graves, suivis de guérison, dans lesquels le thermo-cautère a été appliqué à l'ouverture du phlegmon diffus.

Méthode d'Hutchinson. — On ne compte plus les succès dûs aux grandes incisions : c'est le moyen employé journellement par les chirurgiens actuels, c'est le traitement le plus puissant et le plus sûr. Il est applicable au phlegmon superficiel aussi bien qu'au phlegmon profond, et c'est même le seul, dans ce dernier cas, qui soit capable d'arrêter les progrès de cette grave maladie. N'étaient les quelques inconvénients qu'il présente, et que nous signalerons à la fin de ce paragraphe, on pourrait, et on devrait même, l'admettre à l'exclusion de tout autre.

Déjà, en 1782, O'Halloran et Pott signalaient les avantages qu'on obtient des larges débridements, mais ce n'est qu'en 1814 qu'Hutchinson, chirurgien anglais, en fit une méthode de traitement et exposa clairement le mode opératoire. (*Médec. chir. transact.* t. V.)

Les résultats qu'il obtint furent vraiment remarquables ; aussi, son exemple fut-il bientôt suivi par les chirurgiens anglais Lawrence, Earle, George Young, etc. Dans un mémoire important (publié in *Médec. chir. transact.* t. V), Lawrence défend énergiquement la méthode d'Hutchinson et en discute savamment les indications. Toutefois, à son point de vue, une incision unique intéressant toute l'étendue du mal, serait suffisante et pourrait dispenser de faire des débridements multiples. Nous verrons tout à l'heure que l'opinion d'Hutchinson a prévalu.

Les grandes incisions constituent un traitement applicable à toutes les périodes du phlegmon. Les auteurs du *Compendium* veulent qu'on attende, pour les pratiquer, que le pus se soit un peu fluidifié, c'est-à-dire la période de suppuration. Tel n'est pas maintenant l'avis des chirurgiens. Au début de l'inflammation, elles sont parfaitement capables d'en arrêter les progrès, de limiter l'étendue du mal et d'empêcher toute suppuration. A une période plus avancée, elles donnent issue au pus, empêchent les grands décollements de se produire et permettent l'élimination des tissus sphacelés.

Le manuel opératoire est assez simple ; toutefois,

disons que les incisions doivent être plus ou moins nombreuses, suivant l'étendue du phlegmon; elles intéresseront le tissu cellulaire dans toute son épaisseur, et l'aponévrose d'enveloppe sera largement ouverte dans le cas de phlegmon profond. Comme longueur, on doit leur donner huit, dix et même douze centimètres; il faut avoir soin de laisser entre chacune d'elles un intervalle de quatre ou cinq centimètres pour empêcher la mortification des téguments. Une surveillance active sera exercée pendant un certain temps après l'opération, car on peut avoir à redouter des hémorrhagies funestes. Une légère compression faite avec de l'amadou réussit souvent à arrêter cet écoulement sanguin, mais, quelquefois aussi, on est obligé d'appliquer, aux extrémités des vaisseaux sectionnés, une pince hémostatique qui doit rester en place pendant une heure environ; dans certains cas même, il a fallu recourir à la ligature.

Un pansement antiseptique doit être appliqué et renouvelé tous les jours; les bains locaux rendent d'excellents services.

S'il existe des clapiers où le pus aurait quelque chance de séjourner, on y introduira des drains qui seront soigneusement nettoyés à chaque renouvellement du pansement, et on fera des contre-ouvertures.

Mais la méthode d'Hutchinson n'est pas à l'abri de tout reproche; d'abord, les grandes incisions sont très douloureuses et effraient les malades: c'est là, nous en convenons, un inconvénient sans grande

importance. Mais en outre elles exposent, comme nous venons de le dire, à des hémorrhagies qui peuvent devenir graves, particulièrement chez les sujets faibles : Bérard et Lawrence citent chacun un cas où l'hémorrhagie a coûté la vie du malade. Enfin, les cicatrices qui en sont la conséquence, sont au moins très disgracieuses, quand elles ne sont pas gênantes. « On comprend, dit Velpeau, que le remède alors a quelque chose d'effrayant, et qu'il ne doit pas être employé sans de puissants motifs, si l'art en possède de plus doux qui jouissent de la même efficacité. » (*Arch. gén. de Méd.* t. XI, p. 193.) La méthode de Dobson, dont nous allons maintenant parler, nous paraît être ce remède.

CHAPITRE III

MÉTHODE DE DOBSON

Nous venons d'exposer avec la plus grande impartialité les différents traitements employés contre le phlegmon diffus, faisant ressortir, autant qu'il nous a été possible, les avantages et les inconvénients de chacun d'eux ; nous arrivons maintenant à la partie essentielle de notre travail : l'exposition de la méthode de Dobson.

Atteint d'un erysipèle phlegmoneux du bras, en 1813, Dobson résolut d'appliquer quelques sangsues sur son bras malade, comme on le faisait couramment à cette époque : ce fut en vain qu'il en chercha à Rochester, où il se trouvait. Il eut alors l'idée d'essayer sur lui-même quel effet produiraient de petites ponctions faites avec la pointe d'une lancette. Le résultat qu'il en obtint fut très satisfaisant et la suppuration fut évitée. Il étendit peu à peu cette pratique et traita bientôt ses malades de cette façon, choisissant d'abord les cas où les extrémités étaient seules atteintes. Enhardi par ses succès, il en vint à

admettre exclusivement ce traitement dans les cas d'erysipèles phlegmoneux et de plegmons diffus au début.

En douze ans, il traita ainsi plusieurs centaines de malades et n'eut que deux insuccès. « Et l'autopsie « m'a prouvé dans ces deux cas, ajoute-t-il, que les « méninges et le cerveau étaient atteints, vraisem- « blablement, avant le début du traitement. » (Dobson. — *On the treatment of erysipelas, in Edimb. Méd. and Surg. journal*, t. XLVIII, page 352.)

Tous les cas de Dobson n'étaient évidemment pas des cas de phlegmons diffus, tel que nous l'entendons aujourd'hui; néanmoins, sa méthode lui a donné les mêmes résultats dans le traitement de l'erysipèle phlegmoneux et dans celui du phlegmon diffus.

Voyons maintenant comment il procédait: Avec une lancette, il faisait sur la partie atteinte un nombre de piqûres variant suivant l'étendue du mal: rarement plus de dix, rarement aussi, plus de cinquante. Il répétait cette pratique au moins deux fois par jour, et, dans les cas plus graves, trois ou quatre fois. Quant à la profondeur, elle variait aussi comme le nombre, suivant que la tuméfaction était plus ou moins considérable: généralement un centimètre à un centimètre et demi.

C'est de la même façon que procède M. le professeur Le Fort, avec cette différence qu'il ne répète les mouchetures que toutes les vingt-quatre heures. Peut-être aussi les fait-il un peu plus nombreuses.

Cette pratique est tellement simple qu'il n'y a pas

à décrire de manuel opératoire. Disons seulement qu'il faut avoir soin de choisir une lancette propre, et d'en tenir la lame entre les doigts, comme une plume à écrire, de façon à ne l'enfoncer qu'à la profondeur voulue.

Ces petites ouvertures donnent immédiatement issue à une minime quantité de sang mêlé de sérosité, remplacé bientôt par de la sérosité à peu près pure.

On applique ensuite un pansement humide composé de compresses trempées, soit dans une solution phéniquée, soit dans de l'alcool camphré ; ou, si le siège du phlegmon le permet, s'il s'agit, par exemple, d'un phlegmon du membre supérieur, on fait aussitôt prendre un bain local dans un liquide antiseptique, à la température d'un bain ordinaire. Le bain local constitue un excellent adjuvant, et ne doit jamais être omis quand il est possible ; le pansement humide peut évidemment le remplacer, mais l'un n'exclut pas l'autre, et les deux seront employés simultanément avec avantage. C'est d'ailleurs, on le sait, un moyen également employé à la suite des grands débridements : ses effets sont les mêmes dans les deux cas.

Le lendemain de cette petite opération, on constate qu'un certain nombre de ces mouchetures sont déjà fermées, tandis que d'autres, en plus grand nombre, laissent encore s'écouler une sérosité absolument incolore, plus ou moins abondante, suivant que l'épanchement du tissu cellulaire est lui-même plus

ou moins considérable. On recommence les scarifications deux, trois ou quatre jours de suite, suivant les besoins, suivant l'amélioration ou l'aggravation.

Sous l'influence de ce traitement, tous les symptômes s'améliorent rapidement ; l'empâtement diminue, la rougeur s'efface, la fièvre tombe et le malade accuse un soulagement notable. L'explication de tous ces phénomènes nous semble facile à trouver. Non seulement, en effet, les vaisseaux sont gorgés de sang au niveau des parties malades et la circulation est devenue très difficile en ces points, mais encore les mailles du tissu cellulaire sont élargies et remplies de lymphé plastique, de serum transsudé des vaisseaux. Les téguments se trouvent ainsi très distendus, et les terminaisons nerveuses, si abondantes à ce niveau, comprimées. Nous trouvons là tous les éléments nécessaires à la production des trois grands symptômes : rougeur, chaleur, douleur. Les mouchetures donnent issue à la sérosité contenue dans le tissu cellulaire ; les téguments cessent d'être distendus, la circulation devient plus libre, et les terminaisons nerveuses sont moins comprimées. Ne supprimons-nous pas ainsi les causes qui produisent les symptômes dont nous venons de parler ? Mais il y a plus. Nous empêchons la formation du pus ! Qu'est-ce, en effet, que la sérosité du tissu cellulaire, sinon du pus en voie de formation ? Le microscope nous y montre un certain nombre de globules blancs, peu abondants, il est vrai ; mais ce nombre augmente de jour en jour, transsudant des vaisseaux, et bientôt ce

liquide, d'abord clair et presque incolore, devient épais et blanchâtre : le pus se trouve constitué. Si donc, avant sa formation complète, nous lui avons donné issue, nous aurons empêché la mortification des tissus, les décollements auxquels il donne lieu, nous aurons, en un mot, arrêté les progrès du mal. Et puis, outre que les microbes auront été en partie chassés avec la sérosité qui s'écoule, nous aurons agi directement sur eux, grâce aux bains locaux ou aux pansements humides dont le liquide antiseptique pénètre facilement par les petites ouvertures et arrive ainsi au contact des tissus enflammés. N'est-ce pas, d'ailleurs, de cette façon qu'agissent les larges incisions? Théoriquement, les deux procédés ont la même action; pratiquement, la méthode de Dobson est préférable, quand elle est applicable.

Nous disons *quand elle applicable*, car nous devons le dire, et nous devons même insister sur ce fait : la méthode de Dobson constitue surtout un traitement abortif et ne doit guère être employée qu'au début du phlegmon diffus, alors qu'il n'y a pas encore trace de suppuration. Et pourtant, elle peut encore rendre des services, alliée avec le traitement par les grandes incisions, lorsque le pus est collecté et en petite quantité. Il est presque inutile d'ajouter que dans ce cas, il faut d'abord ouvrir une large voie au pus déjà formé. Mais, au lieu de faire plusieurs incisions, on peut se contenter d'en faire une seule, en ayant soin de pratiquer tout autour et sur toute la partie envahie par l'inflammation, un certain nombre de mouche-

tures qui ont pour effet d'arrêter l'extention du mal et de juguler, pour ainsi dire, le phlegmon (Obs. IV, V, VI, VIII). Ce n'est pas là, il nous semble, un si mince avantage que de pouvoir éviter plusieurs incisions; car, si ces petites ouvertures se ferment rapidement et ne laissent aucune trace de cicatrices, il n'en est malheureusement pas de même des débridements.

Il est presque inutile de dire que la méthode de Dobson ne doit pas être employée dans les phlegmons profonds, la lancette n'atteignant même pas les parties enflammées.

Ajoutons que les mouchetures sont loin d'être aussi douloureuses que les incisions, que l'application en est facile, peut être faite par les plus inexpérimentés, qu'elle est exempte de tout danger, n'expose jamais aux hémorrhagies, et convient à toutes les parties du corps. Enfin, si on n'en obtenait pas, tout d'abord, le résultat désiré, il serait toujours temps d'ouvrir largement, dès qu'on soupçonnerait la présence du pus.

D'où vient donc que, malgré tous ces avantages réels, cette méthode soit ainsi délaissée et qu'elle soit tombée dans l'oubli? M. le professeur Le Fort est un des seuls chirurgiens qui la mette encore journellement en pratique dans les hôpitaux de Paris. Il est vrai que tous les auteurs classiques qui ont écrit sur le phlegmon diffus citent le procédé de Dobson; aucun ne le préconise.

Et pourtant, des praticiens autorisés en ont obtenu

de bons succès, qu'ils signalent en passant. « J'ai
« employé avec succès la méthode de Dobson chez un
« malade qui se refusait à des incisions plus éten-
« dues, dit Follin (*Tr. de pat. ext.*, t. II, p. 99);
« mais, le plus souvent, c'est là un traitement insuf-
« fisant, et quand on est obligé de réitérer plusieurs
« fois ces piqûres, elles deviennent fort douloureuses
« et sont repoussées par les malades. »

Nous ferons remarquer que, si de simples piqûres, faites avec la pointe d'une lancette, sont douloureuses, les larges débridements le sont bien davantage, et, si on laissait aux malades le choix entre les deux, leur promettant un même résultat, il n'est pas douteux que le plus grand nombre opterait pour les mouchetures.

« Appliquées aux phlegmons ou aux noyaux franchement inflammatoires de l'angioleucite, dit Velpeau, les incisions par ponctions et multiples ont fait avorter plusieurs fois la maladie qui s'est, de la sorte, terminée sans suppuration réelle. J'ajouterai même, pour le dire en passant, qu'un excellent moyen pour arrêter les phlegmons aigus à leur première période, serait de plonger dans leur centre et dans toute leur épaisseur la pointe d'un bistouri droit et bien tranchant ; seulement, comme la simple proposition d'un tel traitement séduit généralement peu les malades, et qu'à la rigueur, on peut s'en dispenser, je ne crois pas qu'il y ait beaucoup à en redouter la propagation. » (Velpéau, art. *angioleucite*, in *Dict. encycl. des Sc. Méd.*)

Nous nous contenterons de faire observer, comme nous l'avons déjà fait, que ce traitement est au moins aussi séduisant que le traitement par les grandes incisions.

« Une autre méthode abortive, conseillée par « Dobson et recommandée par M. Le Fort, dit M. Kir-
« misson, consiste dans des scarifications multiples,
« pratiquées avec une lancette sur les points malades
« et plusieurs fois répétées dans les vingt-quatre
« heures. Cette méthode nous semble préférable à
« celle de Béclard, qui pratiquait des débridements
« n'intéressant pas toute l'épaisseur du derme. Ces
« derniers doivent être, à la fois, *beaucoup plus*
« *douloureux et moins efficaces* que les scarifications
« à la lancette, qui pénètrent à une plus grande pro-
« fondeur. » (Art. *Phlegmon*, in *Dict. enc. des Sc. méd.*)

Burggraeve a obtenu, lui aussi, de bons résultats des mouchetures. Le professeur de Gand conseille, après avoir fait les petites ponctions, d'exécuter pour favoriser le dégorgement, une sorte de massage avec une éponge trempée dans de l'eau tiède et d'ajouter par-dessus un pansement ouaté, après avoir recouvert la partie malade avec un linge enduit de cérat. (Burg. *Les appareils ouatés*. Bruxelles, 1858.)

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les quelques observations que nous apportons, pour se convaincre que les résultats obtenus sont d'autant meilleurs que le traitement est employé à une époque plus rapprochée du début du phlegmon. Les malades qui font le

sujet de nos observations I, II et III, ont été traités de bonne heure : le succès a été complet et la guérison ne s'est pas fait attendre ; dans aucun de ces cas, on n'a été obligé de recourir aux incisions. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi et la plupart des malades qui viennent réclamer des soins, aussi bien dans la clientèle privée que dans les services hospitaliers, ne le font qu'à la dernière extrémité, nous voulons dire lorsque tout travail leur est devenu impossible, soit cinq, six ou huit jours après le début de l'inflammation. Aussi, a-t-on affaire, dans ces cas, à des phlegmons déjà en voie de suppuration, ou tout au moins sur le point de suppurer. On comprend qu'alors on n'est plus en droit d'en attendre les mêmes résultats, et c'est là qu'on doit judicieusement allier les deux méthodes : incisions et mouchetures, comme cela a été fait chez les malades des observations IV, VI, VII.

Pierre M... (Obs. IV) portait, à son entrée à l'hôpital, une petite collection purulente au niveau de l'olécrane ; tout l'avant-bras, la main et la partie inférieure du bras étaient envahis par l'inflammation, et la suppuration menaçait de s'étendre. Une petite incision unique, au niveau de la collection, et des mouchetures nombreuses et répétées, ont pu facilement et rapidement faire rétrocéder tous les symptômes alarmants : la guérison a été obtenue en moins de quinze jours.

Etant donnés les antécédents alcooliques d'Eugène T... (Obs. V), la marche rapide de la maladie et l'état dans lequel il se trouvait à son entrée à l'hôpital, on

était en droit de croire que la cuisse entière serait envahie par la suppuration et que de vastes décollements allaient se produire. Grâce aux piqûres à la Dobson, on put conjurer tous les accidents sans faire de grands délabrements : on se contenta de faire une incision de six centimètres environs, à la partie externe de la cuisse.

Et nos autres observations ne sont pas moins probantes.

Enfin, pour terminer, nous recommanderons de ne pas négliger le traitement général. Au début, on prescrira le repos le plus absolu, la diète et des boissons rafraîchissantes. L'émétique en lavage trouve encore, à ce moment, ses indications. Plus tard, lorsqu'on aura besoin de soutenir le malade épuisé par la suppuration, on lui donnera une nourriture réconfortante, mais légère ; on conseillera le vin, le rhum avec l'extrait de quinquina. L'extrait thébaïque rendra de grands services pour combattre les phénomènes nerveux, surtout chez les alcooliques, où il pourra prévenir un accès de delirium tremens.

CHAPITRE IV

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Le Fort).

Phlegmon diffus de l'avant-bras gauche traité par les mouchetures ; Guérison.

Le 24 octobre 1875, Michel A..., garçon boucher, âgé de 17 ans, s'enfonça un couteau au milieu de la partie antérieure de l'avant-bras gauche. La plaie ne fut pas profonde, saigna peu, n'avait pas un centimètre de longueur et suppura un peu.

Les mouvements de l'avant-bras étaient peu gênés et ce garçon continua son travail. Le 28, il vit apparaître, en même temps que la douleur augmentait, une tuméfaction assez considérable de l'avant-bras avec coloration rouge de la peau.

Il se présente à l'hôpital le 30 octobre. A ce moment, on remarque une rougeur de la peau de toute la partie antérieure de l'avant-bras et de sa partie interne, rougeur remontant jusqu'à la partie supérieure et interne du bras. Pas de ganglions axillaires, pas de douleur à ce niveau. L'avant-bras est tendu, dur, douloureux ; les téguments du bras sont souples et commencent seulement à être envahis par l'inflammation.

On fait sur tout l'avant-bras des mouchetures suivant la méthode de Dobson et on l'enveloppe dans un pansement humide.

Le 1^{er} novembre. — L'amélioration est notable : la peau est moins rouge, plus souple, le gonflement a beaucoup diminué de même que la douleur.

Le 4 novembre. — L'état du malade est très satisfaisant : le membre a repris ses dimensions normales ; à peine encore un peu de rougeur.

Le 6 novembre. — Il sort guéri.

OBSERVATION. II.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Le Fort).

Phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras droit traité par les mouchetures ; Guérison.

Le 13 juin 1872, le jeune Joseph A... fut présenté à M. Le Fort, à la consultation de Cochin. Cet enfant était doué d'une bonne constitution ; la veille, sa mère avait remarqué, à l'avant-bras, un gonflement au niveau duquel la peau était rouge et chaude. A ce niveau existait une phlyctène. Un médecin appelé à donner ses soins conseilla l'application de cataplasmes de farine de lin. Malgré tout, la nuit dernière, l'enfant fut très agité, l'inflammation avait envahi tout l'avant-bras et la face dorsale de la main commençait à se tuméfier. Il existait plusieurs phlyctènes sur l'avant-bras.

On reconnaît le début d'un phlegmon diffus et on pratique sur toute l'étendue des mouchetures avec une lancette ; on enveloppe le membre dans un pansement humide et on le fixe en écharpe par une bande.

Le lendemain, l'enfant est ramené dans le service : on constate une grande amélioration. Il a été beaucoup plus calme pendant la nuit et la tuméfaction a beaucoup diminué ainsi que l'empâtement et la rougeur. On fait encore quelques piqûres et un pansement.

Le mercredi 15 juin, la tuméfaction a complètement disparu à l'avant-bras. Il existe encore un peu d'œdème à la face dorsale de la main; plus de rougeur ni d'empâtement; les phlyctènes se sont desséchées. On prescrit un grand bain.

Le 17, l'enfant était complètement guéri.

Le phlegmon paraît avoir été occasionné par une pustule vaccinale à la période de dessiccation.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le docteur Laroche).

Phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras gauche traité par les mouchetures; Guérison.

Le 22 octobre 1889, je fus appelé à donner mes soins au nommé Joseph R... Cet homme, exerçant la profession de charretier, est âgé de 34 ans, excessivement robuste, bien constitué et n'ayant jamais été malade. Il me raconta que, le 20 octobre, en déchargeant une voiture de bois, il s'enfonça dans le pouce gauche un petit morceau de bois pointu qu'il eut le soin de retirer immédiatement. La plaie était petite et ne saigna presque pas. Il n'ajouta aucune importance à ce petit accident et continua à travailler le lundi. Mais le soir de ce même jour il sentit une douleur sourde au niveau de la main et de tout l'avant-bras, en même temps qu'il remarqua un léger gonflement et un peu de rougeur. La nuit, il eut de la fièvre, les symptômes s'aggravèrent et le lendemain il ne put reprendre ses occupations. C'est alors que je le vis.

A ce moment, la main, et particulièrement la région dorsale et externe, l'avant-bras dans ses deux tiers inférieurs, également du côté externe, étaient très augmentés de volume. La peau était rouge, tendue, chaude; la rougeur s'effaçait

graduellement pour se confondre avec les parties saines. La température était de 39°2, la langue sèche et rouge, la douleur assez vive. Je diagnostiquai un phlegmon diffus au début.

Avec la pointe d'un bistouri je fis sur toutes les parties enflammées une cinquantaine de piqûres profondes d'un centimètre environ. Il s'écoula un peu de sang et du liquide séro-sanguinolent. Je recouvris le membre d'un pansement phéniqué et je conseillai le repos et une nourriture légère.

Le lendemain, 23 octobre, le malade accusa une douleur beaucoup moins vive. L'état local était sensiblement amélioré; la rougeur et le gonflement étaient moins prononcés, la température tombée à 38°. Je fis comme la veille une vingtaine de piqûres et le même pansement.

Le 24 octobre. — L'amélioration a continué : la main seule est encore douloureuse et augmentée de volume. — Pansement.

Le 26. — Le gonflement est tout à fait disparu ainsi que la rougeur. Il reste un peu de douleur à la pression; mais le malade se trouve très bien et parle de reprendre ses occupations. La température est normale, l'appétit bon. Comme les petites ouvertures ne sont pas encore complètement fermées, je conseille de les protéger encore quelques jours par un pansement.

Le 3 novembre, le malade revint me voir : il était complètement guéri et avait repris son travail.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Phlegmon diffus de l'avant-bras droit traité par les mouchetures et une incision unique; Guérison.

Vers le 8 novembre dernier, Pierre M..., serrurier, âgé de 26 ans, ressentit une douleur sourde dans le bras droit. Il ne

remarqua alors ni rougeur ni gonflement. Un médecin appelé à le soigner conseilla des cataplasmes. Dès le lendemain, le bras augmentait de volume, devenait rouge et en même temps plus douloureux. Le malade cessa complètement de travailler et s'alita; les symptômes s'aggravèrent encore.

Le 11, il se décide à entrer à l'hôpital Necker (salle Malgaigne, lit n° 49). A son entrée, tout l'avant-bras et le tiers inférieur du bras sont rouges, tuméfiés, empâtés et douloureux. La peau est tendue; la douleur excessivement vive est exagérée par le moindre attouchement. Fièvre, anorexie, soif vive. Un peu d'engorgement des ganglions axillaires. Au niveau de la bourse olécranienne existe une fluctuation manifeste, mais la collection purulente paraît très limitée.

On fait immédiatement à ce niveau une ouverture longitudinale de quatre à cinq centimètres de longueur, laquelle donne issue à une petite quantité de pus. Tout autour de cette ouverture et sur toute l'étendue du phlegmon, on pratique une cinquantaine de mouchetures à la Dobson: il s'écoule du sang et de la sérosité. — Bain de bras, pansement humide.

Le 13 novembre. — Le gonflement a gagné la main, particulièrement la face dorsale. Nouvelles mouchetures au nombre de cinquante environ, nouveau bain local et pansement.

Le 14. — La douleur est moins vive, l'inflammation ne tend plus à gagner. — Même traitement sans piqûres.

Le 15. — La partie inférieure de l'avant-bras et la main sont beaucoup moins empâtées, moins rouges et moins douloureuses. L'appétit revient, les symptômes généraux s'améliorent.

Le 18. — Etat très satisfaisant: la résolution est à peu près complète, sauf au niveau de l'ouverture qui donne toujours écoulement à une petite quantité de pus.

Le 20. — Plus de rougeur ni de gonflement. Douleur légère

au niveau de l'ouverture dont les bords sont encore recouverts d'un peu de pus.

Le 22. — Le malade ne souffre plus et se sert parfaitement de son bras. L'appétit est bon. — Pansement.

Le 25. — Il sort guéri.

Interrogé sur ses antécédents, ce malade nous a répondu avoir toujours joui d'une excellente santé. Il attribue son mal à un traumatisme du coude sans lésion apparente. Aucune trace d'albumine ou de sucre dans les urines, pas d'alcoolisme.

OBSERVATION V (Personnelle).

Phlegmon diffus de la cuisse droite, chez un alcoolique, traité par les mouchetures et une incision unique; Guérison.

Le 8 novembre dernier, à la suite d'une blessure produite par le soulier au talon droit, le nommé Eugène T..., maçon, âgé de 34 ans, ressentit une douleur au niveau du condyle interne du fémur droit; cette partie était un peu rouge et gonflée. La fièvre se déclara intense, les symptômes locaux et généraux s'aggravèrent rapidement et le 8 novembre le malade se décida à entrer à l'hôpital Necker, salle Malgaigne, lit n° 51.

A son entrée, le gonflement, assez considérable, s'étend à environ dix centimètres au-dessus et au-dessous du condyle interne, gagne jusqu'au creux poplité et envahit même un peu la partie externe de la cuisse. Ce gonflement est mal délimité; la peau est chaude, tendue et rouge. La douleur est intense, la fièvre ardente (41°6), la soif vive, et l'anorexie à peu près complète. La langue est sèche et cornée; pas d'engorgement ganglionnaire.

L'examen des urines reste négatif, mais le malade est

manifestement alcoolique : il avoue sans difficulté que chaque jour il boit une notable quantité d'alcool.

Le 9 novembre. On fait, sur toute la partie enflammée, une quarantaine de mouchetures avec la pointe d'une lancette. Ces mouchetures laissent s'écouler un peu de sang et une grande quantité de sérosité. On recouvre le membre d'un pansement à l'alcool camphré.

Le 10. — Le gonflement est à peu près le même, mais la rougeur et la douleur ont diminué d'intensité. Les mouchetures de la veille laissent s'écouler une sérosité incolore. On en fait de nouveau une quarantaine. — Pansement.

Le 11. — L'empâtement et la rougeur ont beaucoup diminué partout où les mouchetures ont été faites, mais on remarque que l'inflammation gagne rapidement le côté externe de la cuisse : à cet endroit se sont développées quelques phlyctènes assez volumineuses. — Une soixantaine de mouchetures sont faites à ce niveau ; la partie interne va aussi bien que possible.

Le 12. — Les symptômes ne se sont pas amendés ; pourtant la température est tombée à 39°.

Le 13. — La douleur a beaucoup diminué et persiste seulement à la partie externe. Rougeur et empâtement assez considérable à ce niveau. — Nouvelles mouchetures.

Le 14. — L'inflammation s'étend avec une grande rapidité ; elle gagne l'abdomen. M. Le Fort fait alors une incision unique, longue de 6 à 8 centimètres. Il s'écoule du sang strié de pus.

Le 15. — La douleur est moins vive, mais les symptômes généraux sont graves : la température est toujours de 40° ; insomnie, délire. Un peu de congestion pulmonaire : on applique des ventouses.

Le 16 et 17. — Le malade est toujours très agité : le délire a continué. L'amélioration de l'état local n'est guère sensible.

Le 18. — Grande amélioration des symptômes généraux :

presque plus de délire, abaissement de la température (38°5). L'empâtement est moindre.

Le 20. — Plus de délire ; l'état général devient meilleur ; un peu d'appétit, moins de fièvre.

Le 25. — La température est à peu près normale (37°2) ; peu d'empâtement, plus de douleur, plus de rougeur. Les lèvres de l'incision restent baignées par une petite quantité de pus. Le pansement est fait chaque matin.

Le 30. — L'état général et l'état local vont s'améliorant lentement chaque jour.

Le 2 décembre. — Le malade est encore à l'hôpital, mais son état est très satisfaisant ; il est en bonne voie de guérison.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Le Fort).

Phlegmon diffus du bras et de l'avant-bras traité par les mouchetures ; Guérison.

Le vendredi 29 janvier 1875, le nommé Jean-Baptiste D..., domestique, âgé de 40 ans, s'aperçut que la région de son coude gauche était très douloureuse, sans qu'il pût rapporter cette douleur à un traumatisme. Au niveau de l'olécrane, la peau était rouge et chaude, avec point blanc au centre. Le malade continua néanmoins à travailler, mais il ne tarda pas à se sentir du malaise, de la fièvre, des frissons. Son bras devenant de plus en plus douloureux et gonflé, il entre à l'hôpital, le 2 février.

A son entrée, voici quel est son état : au niveau de la face postérieure de l'olécrane, on remarque quatre ou cinq petits orifices par où s'écroule du pus ; l'ouverture de l'abcès s'est faite le matin même, spontanément. La rougeur et l'empâtement remontent jusqu'à la partie moyenne du bras, et des-

cendent à l'avant-bras jusque près du poignet. La peau est chaude et tendue, toute la partie malade très augmentée de volume. L'état général est bon; un peu de fièvre, somnolence.

Le 3 février. — Incision de la bourse séreuse olécranienne, qui donne issue à une petite quantité de pus. — Mouchetures faites avec la lancette sur toute la partie enflammée. Ecoulement d'un liquide séro-sanguinolent assez abondant; pansement humide.

Le 5. — L'inflammation et le gonflement du bras ont complètement disparu. Plus de fièvre ni de céphalalgie. L'incision suppure encore un peu.

Le 7. — Le malade sort tout à fait guéri de son phlegmon; la plaie seule n'est pas encore cicatrisée: on lui fait un pansement.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Le Fort).

Phlegmon diffus de la jambe; Ouverture de deux petites collections purulentes; Mouchetures; Guérison.

Alfred S..., menuisier, âgé de 40 ans, s'était toujours bien porté, lorsqu'il y a dix jours environ, à la suite d'un excès de travail, il a été pris de fièvre et obligé de s'aliter. Presqu'aussitôt il a été constaté un gonflement assez notable de l'extrémité inférieure de la jambe et du pied. Ce gonflement occupait la région dorsale du pied, s'étendait un peu sur la racine des orteils et embrassait toute la circonférence de la jambe. La peau était rouge, tendue, luisante, et toute la région douloureuse, soit au palper, soit par le mouvement.

Le troisième jour, la fièvre a été telle que le malade a été

pris de délire aigu, qui a duré jusqu'à son entrée à l'hôpital Necker qui eut lieu le 17 novembre 1884.

A son entrée, on constate que le délire a cédé pour faire place à un état subcomateux. Le malade est très abattu et affaibli; son visage est amaigri, ses traits tirés, ses yeux excavés.

La jambe droite est le siège d'un gonflement œdémateux qui remonte jusqu'au genou. Le membre est rouge, et cette rougeur s'arrête brusquement en faisant un bourrelet : il s'agit d'un érysipèle phlegmoneux.

Près de la malléole interne et au mollet existent deux petites collections purulentes qui sont aussitôt ouvertes.

Le 18 novembre. — On pratique une soixantaine de piqûres à la lancette : une sérosité assez abondante s'enécoule.

Le 20. — La fièvre tombe, les symptômes locaux sont très améliorés.

Le 22. — La température est plus élevée : cette élévation s'explique peut-être par l'apparition d'une angine légère.

Le 26. — L'angine est guérie, la température est redevenue normale; l'état local est très amélioré.

Le 28. — Apparition d'un érysipèle de la face.

Le 1er décembre. — Le malade a eu un frisson violent et prolongé, du sub-délirium; anxiété, anorexie, soif vive.

Le 3 décembre. — L'état général est meilleur; plus de délire; l'érysipèle de la face a disparu.

Le 4. — Mieux sensible, bien que le malade soit encore très abattu.

Le 6. — L'état général est devenu bon. Pas de fièvre, peu de suppuration.

L'amélioration continue chaque jour, et le malade sort guéri le 28 décembre.

OBSERVATION VIII

(Due à M. le professeur Le Fort).

Phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras traité par les mouchetures ; Guérison.

Douze jours après s'être contusionné le pouce droit, le nommé Eugène W..., armurier, âgé de 53 ans, fut pris de fièvre, de délire, et remarqua que sa main était en même temps très douloureuse et gonflée. Une huitaine de jours plus tard, alors que le bras commençait aussi à être pris, il fit appeler un médecin, qui lui fit, à trois reprises, des mouchetures à la Dobson et prescrivit des bains de bras, sans pouvoir empêcher la formation d'un petit abcès au niveau du petit doigt, qui s'ouvrit spontanément.

Le 15 mai. — Le malade entre à l'hôpital, ayant la main et l'avant-bras gonflés, rouges et chauds. Douleur peu vive, pas de ganglions axillaires.

Le 16. — M. Le Fort fait une quarantaine de mouchetures et ordonne un bain de bras et un pansement à l'alcool camphré.

Le 17. — Les parties enflammées sont moins rouges et et moins tendues.

Le 18. — Nouvelles mouchetures.

Le 19. — La rougeur a presque complètement disparu, mais l'avant-bras reste très empâté.

Le 21. — L'empâtement n'a pas complètement disparu, bien que la peau soit déjà beaucoup plus souple.

Le 22. — Nouvelles mouchetures.

Le 24. — La partie postérieure de l'avant-bras est souple, beaucoup moins grosse et n'est plus oedématisée. La partie antérieure est encore rouge et tuméfiée.

Le 27. — Deux petites collections isolées et superficielles sont ouvertes.

Le 5 juin. — L'état du malade est très satisfaisant; l'avant-bras a repris à peu près son volume normal; la main seule reste encore un peu gonflée.

L'amélioration continue progressivement, et le malade sort guéri le 23 juin.

Notons que l'examen des urines avait fait découvrir que le malade était albuminurique.

CONCLUSIONS

I. — La méthode de Dobson constitue un excellent traitement abortif du phlegmon diffus superficiel.

II. — Ce traitement peut même être employé contre le phlegmon qui commence à suppurer, pourvu qu'il n'existe que quelques petits foyers où le pus se trouve collecté. Dans ce cas, on doit débrider plus largement les points où il existe de la fluctuation, pour donner issue à la matière purulente.

III. — On doit employer, comme adjuvants, les bains locaux antiseptiques chaque fois que cela est possible, ou tout au moins faire un pansement humide et antiseptique.

IV. — Cette pratique offre, au début du phlegmon diffus, tous les avantages des larges débridements sans en avoir les inconvénients.

V. — Mais on devra bien se souvenir que, lorsque le phlegmon est en pleine période de suppuration, ou s'il s'agit d'un phlegmon profond, les grandes incisions demeurent le seul traitement vraiment efficace.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Berard.* — Du phleg. diffus, in Dict. de Méd., en 30 vol., t. XXIV, p. 267.
- Bouriau.* — Du phlegmon diffus. Th. de Paris, 1877.
- Boyer.* — Traité des mal. chirurg., 4^e éd., t. I, p. 137.
- Burggræve.* — Les appareils ouatés. Bruxelles, 1858.
- Chassaignac.* — Traité de la suppuration.
- Cornil et Ranvier.* — Inflam. du tissu conj., in Manuel d'histologie pathologique, 2^e éd., t. I, p. 491.
- Duncan jeune.* — Diffuse inflammation of the cellular texture, in Transact. of the med. chir. Soc. of Edinb., t. I, p. 470, 1824.
- Dupuytren.* — Leçons orales, 1839.
- Dobson.* — On the treatment of erysipelas, in Edimb. med. and surg. journal, t. XLVIII, p. 352, 1837.
- Ch. Fournier.* — Dissert. sur le phleg. diffus. Th. de Paris, 1827.
- Godin.* — Mémoire sur le phlegmon diffus, in Arch. gén. de Méd., 2^e série, t. XV, p. 397.
- Hacque.* — Du phlegmon diffus. Th. de Paris, 1854.
- Hutchinson.* — On the treatment of erysipelas by incision, in Med. chir. trans., t. V, p. 278 et t. XIV, p. 213.
- Isnard.* — Etude sur le phleg. diffus. Th. de Paris, 1870.
- Kirmisson.* — Art. Phlegmon, in Dict. encycl. des Sc. méd.

- Lawrence.* — Medico-chir. trans., 1828, t. XIV, p. 1.
Le Dentu. — Art. Phlegmon, in Dict. de Méd. et de Chir.
Meder. — De l'emploi du vésicatoire dans le traitement du phleg. diffus. Th. de Strasbourg, 1856.
Paulin. — Tr. du phl. diffus par la compression. Th. de Paris, 1878.
Serbe. — Nouveau trait. spécial, etc. Th. de Montpellier, 1834.
Trudeau. — Trait. du phleg. diffus par le fer rouge. Th. de Paris, 1878.
Velpeau. — Mémoire sur l'emploi du bandage compressif dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux, in Arch. gén. de Méd., 1826, t. XI, p. 192 et 393, et Art. Angioleucite, in Dict. encyl. des Sc. méd.
-

Vu : le Président de la Thèse,
LE FORT.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.